

Huisartsgeneeskundig handelen bij enkelklachten

Een beschouwing uit het Transitieproject

H. LAMBERTS

Laten huisartsen bij enkelklachten te veel röntgenfoto's maken en verwijzen zij te veel naar de specialist? Ongetwijfeld gebeurt dat in een aantal gevallen, zoals er ook gevallen zijn waarin de huisarts achteraf beter wél röntgenonderzoek had kunnen aanvragen of de patiënt eerder naar de specialist had moeten verwijzen. Op het aggregatieniveau van het Transitieproject – met inmiddels gegevens over 40.796 complete patiëntjaren – zijn er echter geen aanwijzing dat huisartsen systematisch in strijd handelen met de richtlijnen van de standaard 'Enkeldistorsie'.

Lamberts H. Huisartsgeneeskundig handelen bij enkelklachten. Een beschouwing uit het Transitieproject. Huisarts Wet 1991; 34(1): 35-9.

Prof. dr. H. Lamberts, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.

Inleiding

Huisartsen houden zich met een – vooral in de ogen van buitenstaanders – verwarrende veelheid van problemen bezig. Bovendien blijken zij ook nog eens belangrijk van elkaar te verschillen bij hun diagnostische en therapeutische benadering van allerlei problemen.¹ Het ligt daarom voor de hand dat men bij het ontwikkelen van standaarden voor goed huisartsgeneeskundig handelen een voorkeur heeft voor relatief eenvoudige vraag-antwoord relaties. Ook het onderwijs in de huisartsgeneeskunde zou een stuk eenvoudiger worden als concrete vragen van patiënten en de daaraan gekoppelde episoden geïsoleerd en genormeerd behandeld zouden kunnen worden.

Deze benadering blijkt stuk te lopen op de feitelijke informatie die beschikbaar is vanuit een aantal grote morbiditeitsstudies.² Dat ligt zowel aan de beperkingen van de beschikbare informatie, als aan de weerbaarheid van het huisartsgeneeskundig handelen.

In het Transitieproject – met inmiddels gegevens over 40.796 complete patiëntjaren – wordt de *contactreden* van de patiënt systematisch in relatie gebracht met de *diagnostische interpretatie* door de huisarts en de aan beide gekoppelde diagnostische en therapeutische *interventies*.³ Deze beschrijving van complete *episoden* leidt tot een meer gedetailleerd inzicht in de gang van zaken in de huisartspraktijk. Daardoor is het thans beter mogelijk om op het – hoge – aggregatieniveau van een morbiditeitsstudie de waarde van indicatoren voor (on)voldoende of (on)juist huisartsgeneeskundig handelen te beoordelen.² Niet uitgesloten is, dat deze benadering een zo natuurgetrouw beeld van de complexe werkelijkheid van de dagelijkse praktijk geeft, dat het niet gemakkelijker, maar juist moeilijker wordt eenvoudige en eenduidige oordelen over de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen te geven.

Op basis van de *contactreden* 'enkelklachten' en het verloop van de episoden 'enkeldistorsie', 'enkelklachten' en 'fractuur tibia, fibula' wordt in deze beschouwing allereerst een episode-georiënteerd beeld van de gang van zaken in de huisartsprak-

tijk geschetst. Vervolgens komt de vraag aan de orde of huisartsen in strijd handelen met de standaard 'Enkeldistorsie' bij het aanvragen van röntgenfoto's en het verwijzen naar de specialist.⁴

Standaardgegevens

In de *figuur* op de bladzijden 36 en 37 zijn standaardgegevens over de *contactreden* 'enkelklachten' en over drie *episoden* samengevat: 'enkeldistorsie', 'enkelklachten' en 'fractuur tibia, fibula'. De *figuur* is op het eerste gezicht nogal ontoegankelijk en daarom wordt hier een uitvoerige toelichting gegeven.

Patiënten komen regelmatig met enkelklachten bij de huisarts: op iedere 1000 ingeschreven patiënten beginnen er 13 in de loop van een jaar een episode met 'enkelklachten', en zijn er nog eens 5 die een vervolcontact hebben met deze *contactreden*.

Een episode die begint met enkelklachten, eindigt in 47 procent van de gevallen in de diagnose 'enkeldistorsie'. In 14 procent van de gevallen stelt de huisarts de symptoomdiagnose 'enkelklachten', in 6 procent van de gevallen interpreteert hij de klachten van de patiënt als een tendinitis of bursitis, terwijl er in 4 procent van de gevallen sprake is van een ander trauma. Zelden – 3 procent van de gevallen – levert het lichamelijk onderzoek een (thrombo)phlebitis op, terwijl de prior kans op ziekten als artrose, arthritis of een fractuur slechts 2 of 3 procent bedraagt. Enkeloedeem is eveneens een zelden voorkomende interpretatie van enkelklachten.

Bij vervolcontacten met de *contactreden* 'enkelklachten' – het gaat dan om de posterior kans – schuift de diagnoseverdeling maar weinig op en eigenlijk is de enige verrassing dat jicht nu in de kansverdeling voorkomt.

In de *figuur* wordt het *verloop* van drie episoden met elkaar vergeleken: 'enkeldistorsie', 'enkelklachten' en 'fractuur tibia, fibula'.

• De *enkeldistorsie* heeft veruit de hoogste incidentie en doet zich vooral voor bij jonge mensen. De juistheid van de diagnose blijft

Contactreden: enkelklachten



| | | | |
|-------------------------------------|----|---------------------------|---|
| Episode-gegevens | | | |
| 54% vrouw | | 12% onzeker | |
| 85% ≤ 4 weken | | 4% > 6 maanden | |
| Incidentie 9/1000 p/j | | Prevalentie 10/1000 p/j | |
| Prevalentie per leeftijdsgroep | | | |
| 0 - 4 jr | 2 | 45 - 64 jr | 6 |
| 5 - 14 jr | 12 | 65 - 74 jr | 7 |
| 15 - 24 jr | 20 | 75+ jr | 8 |
| 25 - 44 jr | 13 | | |
| Aantal overige episoden: 4,0 | | | |
| 13 % hoge-luchtweginfectie | | 8% lage-rugpijn | |
| 13% geen ziekte | | 8% hypertensie | |
| 9% orale anticonceptie | | | |
| 24 % met probleemgedrag | | 11% met chronische ziekte | |

| | |
|---------------------------------|----------|
| Interventies per episode | |
| 97% lichamelijk onderzoek | |
| - % bloedonderzoek | |
| 11% röntgenonderzoek | |
| <hr/> | |
| 10% medicatie | |
| 60% advies, uitleg | |
| <hr/> | |
| verwezen fysiotherapeut | 1 per 8 |
| <hr/> | |
| verwezen specialist | 1 per 20 |

| | | | |
|-------------------------------------|---|---------------------------|---|
| Episode-gegevens | | | |
| 64% vrouw | | 18% onzeker | |
| 78% ≤ 4 weken | | 7% > 6 maanden | |
| Incidentie 2/1000 p/j | | Prevalentie 2/1000 p/j | |
| Prevalentie per leeftijdsgroep | | | |
| 0 - 4 jr | 1 | 45 - 64 jr | 2 |
| 5 - 14 jr | 1 | 65 - 74 jr | 1 |
| 15 - 24 jr | 2 | 75+ jr | 4 |
| 25 - 44 jr | 2 | | |
| Aantal overige episoden: 4,8 | | | |
| 18% hoge-luchtweginfectie | | 10% hypertensie | |
| 11% geen ziekte | | 9% lage-rugpijn | |
| 11% acute bronchitis | | | |
| 29 % met probleemgedrag | | 16% met chronische ziekte | |

| | |
|---------------------------------|-----------|
| Interventies per episode | |
| 92% lichamelijk onderzoek | |
| 2% bloedonderzoek | |
| 8% röntgenonderzoek | |
| <hr/> | |
| 22% medicatie | |
| 44% advies, uitleg | |
| <hr/> | |
| verwezen fysiotherapeut | 1 per 5 |
| <hr/> | |
| verwezen specialist | 1 per 100 |

| | | | |
|-------------------------------------|---|---------------------------|---|
| Episode-gegevens | | | |
| 41% vrouw | | 17% onzeker | |
| 75% ≤ 4 weken | | 4% > 6 maanden | |
| Incidentie 1/1000 p/j | | Prevalentie 1/1000 p/j | |
| Prevalentie per leeftijdsgroep | | | |
| 0 - 4 jr | 1 | 45 - 64 jr | 1 |
| 5 - 14 jr | 1 | 65 - 74 jr | 2 |
| 15 - 24 jr | 1 | 75+ jr | 3 |
| 25 - 44 jr | 1 | | |
| Aantal overige episoden: 4,7 | | | |
| 23% hoge-luchtweginfectie | | 10% virale infectie NEO | |
| 15% geen ziekte | | 10% hypertensie | |
| 15% corpus alienum in huid | | | |
| 41 % met probleemgedrag | | 10% met chronische ziekte | |

| | |
|---------------------------------|---------|
| Interventies per episode | |
| 67% lichamelijk onderzoek | |
| - % bloedonderzoek | |
| 28% röntgenonderzoek | |
| <hr/> | |
| 15% medicatie | |
| 35% advies, uitleg | |
| <hr/> | |
| verwezen fysiotherapeut | 1 per 9 |
| <hr/> | |
| verwezen specialist | 1 per 4 |

in 12 procent van de gevallen onzeker; de duur van de episode is (voor zover de huisarts erbij betrokken is) in 85 procent van de gevallen korter dan vier weken. Slechts heel zelden – 4 procent van de episoden – wordt er na zes maanden nog een beroep op de huisarts gedaan. Er wordt bijna steeds lichamelijk onderzoek gedaan en in 11 procent van de episoden wordt een foto gemaakt. Deze percentages gelden de episode en niet alle contacten: het heeft soms geen zin 'obligate' handelingen bij ieder contact te herhalen.

Het aantal verwijzingen naar de specialist is zeer beperkt, maar er wordt nogal eens gebruik gemaakt van de hulp van de fysiotherapeut: in 1 op de 8 gevallen. Er wordt praktisch niet voorgeschreven, maar veel geadviseerd. Niet geregistreerd is hoe vaak de huisartsen gebandageerd hebben.

Interessant is de co-morbiditeit bij deze patiënten. In het registratiejaar heeft iedere patiënt die met een enkeldistorsie bij de huisarts komt, gemiddeld voor nog vier andere episoden met de huisarts te maken: 13 procent van hen komt met een hoge-luchtweginfectie of met een episode die uiteindelijk als 'geen ziekte' wordt benoemd. Vervolgens spelen orale anticonceptie, lage-rugpijn en hypertensie een duidelijke rol. Het doet hier niet ter zake of het voorkomen van bepaalde ziekten in de top-vijf van de co-morbiditeit wel of niet een aanwijzing is voor een klinische associatie. Daar ziet het overigens niet naar uit: met name het percentage voor hypertensie behandelde patiënten komt goed overeen met wat men op grond van het volledige be-

stand mag verwachten. Opvallend is dat 24 procent van de patiënten met een enkeldistorsie in het registratiejaar ook met de huisarts sprak over een psychisch of sociaal probleem, terwijl 11 procent bij de huisarts bekend was in verband met een chronische ziekte.

Opnieuw blijkt uit deze opsomming hoezeer zich bij patiënten in de huisartspraktijk een aaneenschakeling van episoden voordoet: ook een relatief simpel probleem als een enkeldistorsie is ingebed in co-morbiditeit.

- Dat geldt ook voor de episode waarin de diagnose niet verder komt dan de symptoomdiagnose *enkelklachten*. Het gaat nu wat vaker om vrouwen, de onzekerheid is iets groter en er is een uitschieter bij hoogbejaarden. Dat verklaart waarschijnlijk het iets hogere percentage mensen met chronische ziekten in de – ook iets hogere – co-morbiditeit. Er wordt wat vaker verwezen naar de fysiotherapeut, en bijna nooit naar de specialist. Kennelijk vindt de huisarts hier vaker aanleiding om een recept uit te schrijven. Ook hier is het aantal röntgenfoto's beperkt, terwijl een enkele keer bloeddonderzoek wordt gedaan, mogelijk met de gedachte dat er een metabole of reumatologische oorzaak voor de enkelklachten kan bestaan.

- Bij de *onderbeenfractuur* gaat het relatief vaak om oudere mannen. De co-morbiditeit is opnieuw weinig opvallend, behalve dan dat een hoog percentage in het registratiejaar ook probleemgedrag vertoonde (41 procent). Hier heeft de huisarts frequent een röntgenfoto laten maken, en 1 op de 4

patiënten is verwezen naar een specialist. Dat betekent natuurlijk niet, dat er niet ook patiënten zelf naar een eerste-hulpafdeling zijn gegaan, waar de fractuur is vastgesteld en behandeld. De daar gemaakte röntgenfoto's onttrekken zich aan onze waarneming.

In de *tabel* is te zien op welk moment in de episode de huisarts een röntgenfoto heeft laten maken, dan wel de patiënt naar een specialist heeft verwezen. Ook is vermeld hoe vaak de huisarts tijdens het verloop van de episode de diagnose heeft gewijzigd. Het ligt natuurlijk voor de hand dat nader onderzoek tot een verwijzing kan leiden, maar ook tot een verbeterde diagnose.

- Bij een *enkeldistorsie* blijft regelmatig (12 procent van de gevallen) tot aan het eind van de episode onzekerheid over de juistheid van de diagnose bestaan. Er worden vaak foto's gevraagd, maar in ongeveer 40 procent van die gevallen gebeurt dat pas tijdens een vervolcontact. Iets meer dan de helft van de verwijzingen naar de specialist vindt ook pas in het verloop van de episode plaats. Bij 6 procent van alle episoden wordt de diagnose na verloop van tijd gewijzigd.

- Ook bij de contactreden *enkelklachten* neigen huisartsen ertoe zowel röntgenfoto's als verwijzingen uit te stellen naar een later moment in de episode.

- Wanneer de huisarts aan een *fractuur* denkt, wordt er direct verwezen, terwijl de specialist er bij symptoomdiagnosen praktisch niet aan te pas komt. Juist bij de fractuur is het aantal wijzigingen in de

Tabel Aanvragen röntgenonderzoek, verwijzingen naar de specialist en het aantal wijzigingen in de diagnose bij de drie episoden en op basis van de contactreden 'enkelklachten'. Absolute aantallen.

| | Röntgenfoto | | Verwijzing specialist | | Mutatie in diagnose |
|--------------------------------------|---------------|-----------------|-----------------------|-----------------|---------------------|
| | start episode | vervolg-contact | start episode | vervolg-contact | |
| Episode 'Enkeldistorsie' (n=445) | 31 | 21 | 12 | 14 | 25 |
| Episode 'Enkelklachten' (n=89) | 5 | 2 | – | 2 | 7 |
| Episode 'Onderbeenfractuur' (n=47) | 10 | 6 | 12 | 0 | 7 |
| Contactreden 'Enkelklachten' (n=711) | 39 | 19 | 14 | 9 | – |

diagnose relatief groot; 5 van de 47 onderbeenfracturen komen dan ook uit de achteraf onjuist gebleken diagnose enkeldistorsie voort.

Uit de lijstjes met contactredenen in de *figuur* blijkt dat de patiënten zelden zelf vragen om een verwijzing naar de fysiotherapeut of de specialist, of om het maken van een röntgenfoto. Vergeleken met het percentage episoden 'enkeldistorsie' waarbij huisartsen in het Monitoringproject defensief handelden, zijn deze percentages eveneens opvallend laag. De enkeldistorsie leidde in het Monitoringproject drie keer zo vaak als verwacht tot uitgesproken defensief handelen van de huisarts: in 6 procent van de episoden. Dit gebeurde bij de onderbeenfractuur minder: in 3 procent van de episoden.

Bij vergelijking valt op hoezeer de kerngegevens over enkeldistorsie in het Monitoringproject overeenkomen met die in het Transitieproject: er is zowel bij het maken van foto's als bij verwijzen naar de specialist binnen een praktisch identieke incidentieverdeling in acht jaar niets veranderd.⁵

Beschouwing

De *figuur* op de pagina's 36 en 37 geeft een gedetailleerd beeld van hoe het mensen met enkelklachten in de huisartspraktijk vergaat. Het ligt voor de hand dat er in een aantal gevallen te snel om een röntgenfoto is gevraagd, terwijl er zeker ook gevallen zijn waarin de huisarts achteraf beter wél röntgenonderzoek had kunnen aanvragen. Het feit dat er veel foto's tijdens een vervolcontact worden afgesproken, dwingt

tot grote terughoudendheid bij het vellen van een oordeel over het onderhavige huisartsgeneeskundig handelen. Men moet veel weten over de klinische context waarin de huisarts zijn beslissingen heeft genomen, wil men gefundeerd kunnen oordelen over het zeer bescheiden aantal röntgenonderzoeken. Daarbij moet men zich realiseren dat tijdens de contacten ten behoeve van de 445 enkeldistorsie-episoden nog eens 223 andere episoden aan de orde werden gesteld, variërend van de behandeling van hoge bloeddruk en het verstrekken van de pil tot huidwonden, fracturen elders, een gecompliceerd knietrauma, een commotio of een paniektoestand.

De *figuur* lijkt ingewikkeld, maar is in feite niet meer dan een afspiegeling van de samengesteldheid van de huisartsgeneeskundige hulpverlening. Daarmee ontstaan nieuwe en zeer welkome mogelijkheden om zicht te krijgen op de ingewikkelde overwegingen van huisartsen. Het is dan ook ontoelaatbaar aan de klinische rijkdom van de huisartsgeneeskunde voorbij te gaan wanneer men zich een oordeel wil vormen over de mate waarin huisartsen een bepaalde gedragslijn of standaard naar behoren hebben gevolgd. In ieder geval is er op het aggregatieniveau dat hier aan de orde is, geen aanwijzing dat huisartsen bij enkelklachten te veel röntgenfoto's vragen of te vaak naar een specialist verwijzen.

Gelet de al jaren beschikbare gegevens was er overigens ook geen aanleiding om na het publiceren van de standaard Enkeldistorsie een daling te verwachten in de bekende cijfers. Lager kon het praktisch al niet.

Literatuur

- ¹ Marinus AFM. Interdoktervariatie in het Transitieproject. *Huisarts Wet* 1990; 33: 4-33.
- ² Lamberts H. Hoe beïnvloedbaar is de huisarts? Het effect van informatie en onderlinge toetsing op het handelen van de deelnemers aan het monitoringproject. *Huisarts Wet* 1981; 24: 371-78, 424-30.
- ³ Lamberts H, Brouwer HJ, Groen ASM, Huisman H. Het Transitieproject van de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1987; 30: 105-13, Supplement Jan 1st, 1990 on ICPC rubrics L16, L72, L77.
- ⁴ Van den Bosch WJHM, Coumans RHM, Verkerk S, Van Weert H. Enkeldistorsie [Standaard]. *Huisarts Wet* 1989; 32: 523-6.
- ⁵ Lamberts H. Morbidity in general practice. Diagnosis related information from the Monitoring project. Utrecht: Huisartsenpers, 1984. ■

Abstract

Lamberts H. How do general practitioners treat ankle complaints? A view from the Transition Project. *Huisarts Wet* 1991; 34(1) 35-9.

Do Dutch general practitioners order too many X-rays for ankle complaints and do they refer too often to specialists? Undoubtedly this happens in some cases, just as there are cases where it would have been better if the doctor had asked for an X-ray or referred a patient to a specialist earlier. At the overall level of the Transition project, which now includes data on 40796 complete patient years, there are no indications that Dutch general practitioners systematically deviate from the guidelines in the standard 'Ankle Sprains and Strains' of the Dutch College of General Practitioners.

Key words Ankle; Family practice; Morbidity; Quality assurance.

Correspondence Prof. dr. H. Lamberts, Department of General Practice, 15 Meibergdreef, 1105 AZ Amsterdam, The Netherlands.